

Berlin, den 30.07.2021

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM)

zum

Konsultationsverfahren zur Vorbereitung eines späteren Referentenentwurfs über die Berufe in der Physiotherapie

Vorwort

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) – im Folgenden EbM-Netzwerk – nimmt vorliegend Stellung zu dem Fragenkatalog des Konsultationsverfahrens zur Vorbereitung eines späteren Referentenentwurfs über die Berufe in der Physiotherapie. Hierbei beziehen wir uns als berufsgruppenübergreifend ausgerichtetes Netzwerk ausschließlich auf Fragen und Aspekte, die aus der Sicht des EbM-Netzwerks besonders relevant sind für die Förderung einer evidenzbasierten Praxis in der Gesundheitsversorgung. Das EbM-Netzwerk vertritt die grundsätzliche Position, dass

- (a) berufliche Aufgaben in der Gesundheitsversorgung, die eigenständige, also von anderen Gesundheitsberufen unabhängige Bewertungen und Entscheidungen über die Angemessenheit und den Erfolg diagnostischer, therapeutischer oder pflegerischer Interventionen im individuellen Versorgungsprozess umfassen, die Befähigung zur Anwendung der Prinzipien der evidenzbasierten Praxis erfordern, und*
- (b) diese Befähigung eine Berufsausbildung auf akademischem Niveau, also mindestens auf Bachelor-Niveau, voraussetzt.*

Da für die Berufe Masseurin/Masseur und medizinische Bademeisterin/medizinischer Bademeister ein solchermaßen unabhängiges Agieren in individuellen Therapie- und Pflegeprozessen nicht zu erkennen ist, wird nachfolgend hauptsächlich zu den Anforderungen an die künftige Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten Stellung genommen. Aus Sicht des EbM-Netzwerks sollten die Ausbildungen in den Berufen Masseurin/Masseur und medizinische Bademeisterin/medizinischer Bademeister jedoch so konzipiert sein, dass sie im Sinne eines lebenslangen Lernens Zugangswege zur akademischen Weiterqualifikation zur Physiotherapeutin/zum Physiotherapeuten eröffnen. Zugleich sollten die Ziele der Ausbildung in den Berufen Masseurin/Masseur und medizinische Bademeisterin/medizinischer Bademeister eindeutig auf die Befähigung zur verantwortungsvollen Mitwirkung in therapeutischen Prozessen im Sinne einer Assistenz ausgerichtet sein.

Fragenkatalog

1. Welche Position vertreten Sie zu einer möglichen Akademisierung (ggf. Voll- oder Teilakademisierung) der Ausbildung der Physiotherapie? Wie bewerten Sie ein „Nebeneinander“ der fachschulischen und akademischen Ausbildung? (bitte begründen)

Das EbM-Netzwerk tritt für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung u.a. mit den Heilmittel-Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie nach den Prinzipien der evidenzbasierten Praxis ein. Eine akademische Ausbildung in der Physiotherapie – wie auch in den anderen Gesundheitsfachberufen – wird hierfür als eine wichtige Voraussetzung erachtet.

Physiotherapie ist ein elementarer Teil der Prävention und Behandlung zahlreicher und häufig vorkommender chronischer und akuter Erkrankungen, darunter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Verletzungen oder neurologische Erkrankungen. Eine indikations- und fachgerechte physiotherapeutische Behandlung setzt bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten die Kompetenzen voraus,

- Art, Dosis und Dauer physiotherapeutischer Interventionen in Abhängigkeit von dem individuellen Gesundheitszustand und den Zielen, Fähigkeiten und Präferenzen der Patientinnen und Patienten auszuwählen,
- die ausgewählten Interventionen sachgemäß durchzuführen und hinsichtlich erwünschter und unerwünschter Ergebnisse zu beurteilen sowie
- diese Ergebnisse in die weitere multi- und interprofessionelle Therapie- und ggf. Pflegeplanung zusammen mit der betroffenen Person und allen an der Versorgung Beteiligten einzubringen.

Wissensgrundlage hierfür sind zunehmend Erkenntnisse aus physiotherapeutischer Forschung und der Forschung benachbarter Disziplinen. Zur Illustration: In der internationalen Literaturdatenbank „Cochrane Library“ sind gegenwärtig über 250 Cochrane Reviews, also nach etablierten Kriterien durchgeführte systematische Übersichtsarbeiten, zu Nutzen und Schaden physiotherapeutischer Interventionen publiziert.

Dies verdeutlicht, dass physiotherapeutisches Handeln auch Kompetenzen in der Recherche, kritischen Bewertung und sachgerechten Interpretation forschungsgestützten Wissens erfordert, ebenso wie Kompetenzen, dieses Wissen adressaten- und sachgerecht in die Information, Anleitung, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten zu integrieren sowie auf der Basis wissenschaftlicher Daten zur Qualitätssicherung in der Physiotherapie beizutragen, in der Leitlinienentwicklung und -implementierung mitzuwirken und Forschungsbedarfe zu identifizieren. Hinzu kommt ein wachsender Bedarf an Kompetenzen in der sicheren, indikationsgerechten und effektiven Nutzung digitaler Technologien, wie z. B. Wearables und Apps, in der physiotherapeutischen Behandlung.

Die beschriebenen Kompetenzen entsprechen durchgängig dem Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) und erfordern demnach eine Hochschulausbildung auf Bachelorniveau. Es ist nicht erkennbar, dass diese Kompetenzen in den physiotherapeutischen Arbeitsfeldern im unterschiedlichen Maße erforderlich sind, sich also physiotherapeutische Aufgabenfelder definieren lassen, die kein evidenzbasiertes Entscheiden und Handeln in der Behandlung der Patientinnen und Patienten erfordern. Um eine sichere und effektive physiotherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technikentwicklung in Deutschland zu gewährleisten, ist aus Sicht des EbM-Netzwerks eine Vollakademisierung des Berufs der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten geboten.

2. Welche Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung für die Berufe in der Physiotherapie (Masseurinnen/Masseur und medizinische Bademeisterinnen/medizinischen Bademeister sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) halten Sie zukünftig für sinnvoll? Bitte differenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.

Die Zugangsvoraussetzung ergibt sich aus der Befürwortung der Akademisierung der Physiotherapie (s. unsere Position zu Frage 1). Es gelten jeweils die Zugangsvoraussetzungen nach den hochschulrechtlichen Bestimmungen der Länder.

Wie bereits im Vorwort konstatiert, erfolgt in dieser Stellungnahme keine Beurteilung der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zur Masseurin bzw. zum Masseur sowie zur medizinischen Bademeisterin bzw. zum medizinischen Bademeister.

3. Wie sollten die Ausbildungsziele und Kompetenzen ausgestaltet sein, um den heutigen und zukünftigen Anforderungen an die Berufe in der Physiotherapie zu entsprechen? Bitte differenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.

Für die Ausbildungsziele und Kompetenzen auf Hochschulniveau (DQR 6) für die Physiotherapie verweisen wir auf den „Kompetenzkatalog Hochschule. MPhG: Ausbildungsziel Physiotherapie (DQR 6)“, der bereits 2019 von den Fachorganisationen PHYSIO-Deutschland, Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), Verband Physikalische Therapie (VPT), Verband Leiter der Lehrkräfte an Schulen für Physiotherapie (VLL) und Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) vorgelegt wurde und den wir unterstützen.

In den Berufsgesetzen bzw. Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen aller patientennahen Gesundheitsfachberufe – und somit auch der Physiotherapie – sowie der ärztlichen Berufe sollte die Qualifikation für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung in den patientenindividuellen Versorgungsprozessen fest verankert sein. Diese Kompetenzen umfassen u. a. (s. Albarquoni et al. 2018):

- das Bewusstsein für die nötige Integration von aktuellen besten wissenschaftlichen Erkenntnissen, beruflichen Erfahrungen, Patientenpräferenzen und situativen Rahmenbedingungen
- die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der aktuellen Entscheidungs- und Handlungssicherheit sowie der Qualität der Versorgung
- die Fähigkeit zur systematischen Recherche nach geeigneten Forschungsdaten oder evidenzbasierten Empfehlungen (Leitlinien) sowie zur kritischen Bewertung deren Aussagekraft und zur angemessenen Ergebnisinterpretation
- die Fähigkeit zur kritisch reflektierten Übertragung der gesichteten Forschungsdaten und evidenzbasierten Empfehlungen auf das eigene Handlungsfeld unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, situativen Rahmenbedingungen und Patientenmerkmalen (z. B. Schweregrade von Beeinträchtigungen, prognostische Faktoren)
- die Fähigkeit zur evidenzbasierten Patienteninformation und gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Betroffenen sowie deren Angehörigen, darin inbegriffen u. a. die Fähigkeit zur Erhebung von Patientenbedürfnissen und -präferenzen, zur adressaten- und sachgerechten Darstellung wissenschaftlicher Informationen und bestehender Unsicherheiten und zur gleichberechtigten Beteiligung der Betroffenen an Entscheidungsprozessen

- die Fähigkeit zur kritischen Reflexion bestehender Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung sowie damit verbundene klinische/professionelle, ethische und rechtliche Implikationen
- die Fähigkeit, Ergebnisse des eigenen professionellen Handelns sowie der Versorgungsqualität insgesamt im eigenen Handlungsbereich zu überwachen, mögliche Barrieren für die Umsetzung eines evidenzbasierten Entscheidens und Handelns zu identifizieren und entsprechende Strategien zu entwickeln.

Diese Ausbildungsziele decken sich mit den Empfehlungen des Wissenschaftsrats (WR) für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen und der Medizin (WR 2012). Für die Studiengänge der Humanmedizin und Zahnmedizin haben diese Ausbildungsziele bereits Niederschlag in dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog gefunden (MFT 2015), der mit der geplanten Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung voraussichtlich zusätzliche Verbindlichkeit erlangen wird (WR 2018). In Analogie hierzu sollten vergleichbare Lernziele in die Ausbildungsnormen der Gesundheitsfachberufe aufgenommen werden. Das EbM-Netzwerk hat in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf für das Hebammenreformgesetz (HebRefG) diese Forderung bereits konstatiert und formuliert (DNEbM 2019). Eine Orientierung hierfür bietet auch das Kerncurriculum Evidenzbasierte Entscheidungsfindung des DNEbM (2017). Die Befähigung zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung sollte sich dezidiert in den künftigen Ausbildungszielen für den Beruf Physiotherapie wiederfinden.

Eng verbunden mit der Befähigung zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung ist die Befähigung zur patientenzentrierten berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe und ärztlichen Berufe auf der Basis geteilter Normen und Werte, u.a. im Sinne der evidenzbasierten Entscheidungsfindung, sowie klar definierter Vorbehalts- bzw. eigenverantwortlicher Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufe. Auch die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind in den künftigen berufsgesetzlichen Vorgaben differenzierter und entsprechend aktuellen nationalen und internationalen Kompetenzmodellen zu definieren. Auf nationaler Ebene steht hierfür als eine Referenz ein Nationales Mustercurriculum „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ für die Ausbildung in den ärztlichen und anderen patientennahen Gesundheitsversorgungsberufen zur Verfügung (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen & Robert Bosch Stiftung 2019).

4. Wie ist Ihre Position zur zukünftigen horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung in den Berufen in der Physiotherapie? (bitte begründen)

Das DNEbM befürwortet grundsätzlich die Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung, sofern dabei die Erreichung der unter Punkt 3 genannten Kompetenzen gewährleistet ist. Die Durchlässigkeit der Bildungswege ist ein Prinzip der Bologna-Reform, dem die Hochschulen dementsprechend gerecht werden. Regeln für die pauschale sowie die individuelle Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen – und somit die Anerkennung berufspraktischer Erfahrungen sowie (fachschulischer) Ausbildungen – bestehen bereits und sind somit, zumindest für die Übergangszeit bis zur Vollakademisierung, notwendig und sinnvoll. Diese Regelungen können und sollten auch auf die Berufe Masseurin/Masseur und medizinische Bademeisterin/medizinischer Bademeister anwendbar sein, sodass den Absolventinnen und Absolventen dieser beruflichen Ausbildungsgänge der Zugang zum Studium der Physiotherapie offensteht.

Ein Bachelorstudium ist ein erstes berufsqualifizierendes Studium, ausgerichtet auf den Erwerb einer breit gefächerten, wissenschaftlich fundierten Grundqualifikation in dem Beruf. Um entsprechende Bachelorprogramme auf- und auszubauen sowie die physiotherapeutische Versorgungs-

praxis und die wissenschaftliche Disziplin weiterzuentwickeln, sind Masterstudiengänge erforderlich, die eine berufsspezifische fachliche Vertiefung in Handlungsfeldern der Physiotherapie ermöglichen, sowie strukturierte Promotionsprogramme als Voraussetzung für eine sich verstetigende Forschung und die Qualifizierung von Hochschullehrerinnen und -lehrern in dieser Disziplin in Deutschland. Hierfür ist die Einrichtung entsprechender Universitätsstudiengänge/-professuren und von kooperativen Promotionsprogrammen zwischen Universitäten und Hochschulen für angewandte Wissenschaften zu fördern.

5. Sollten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zukünftig im Rahmen einer akademischen Ausbildung zusätzliche Kompetenzen erwerben und diesen Kompetenzen entsprechende Aufgaben eigenverantwortlich ausüben dürfen? Wenn ja, welche der nachfolgenden Kompetenzen sollten erworben und eigenverantwortlich ausgeübt werden? (bitte begründen)

- **Physiotherapeutische Diagnostik (inkl. Screening auf Risikofaktoren, Diagnosestellung)**
- **Eigenverantwortliche Festlegung der therapeutischen Maßnahmen (inkl. Therapiefrequenz und -dauer)**
- **Anordnung bildgebender Verfahren**
- **Ausstellung von Krankenschreibungen**
- **Angebot von präventiven Beratungen**
- **Evaluation**
- **Überweisung an Hausarzt/-ärztin**
- **Überweisung an Spezialisten/-innen bzw. Fachärzte/-innen**
- **Überweisung an andere Gesundheitsfachpersonen**
- **Ggf. weitere Kompetenzen**

Eine hochschulische, akademische Qualifikation in der Physiotherapie sollte zu einer selbstständigen und eigenverantwortlichen physiotherapeutischen Behandlung von Menschen aller Altersstufen befähigen, entsprechend internationalen Standards evidenzbasierter physiotherapeutischer Praxis und unter Einbezug medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse. Wir verweisen für einen orientierenden Rahmen auf die vom European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) definierten Rollen, Aufgaben und Kompetenzen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (ENPHE 2012, ENPHE 2017).

Diese Rollen und Kompetenzen des Physiotherapie-Berufs können und sollten hierbei bedarfsspezifisch konkretisiert und erweitert werden, auch um Rollen und Aufgaben, die aktuell dem ärztlichen Beruf vorbehalten sind, wie z. B. für die Anordnung bildgebender Verfahren oder die Ausstellung von Krankenschreibungen (insbesondere bei einer Versorgung im Wege des Direktzugangs, s. Antworten auf Fragen 15 ff.). Entsprechende Bedarfe sollten jedoch forschungsgestützt ermittelt und sorgfältig hinsichtlich des geeigneten Qualifikationsniveaus (Bachelor oder Master) analysiert werden. Die Umsetzung erweiterter physiotherapeutischer Kompetenzen, ggf. auch als Teil integrierter Versorgungsprogramme für bestimmte Patientengruppen, sollte wissenschaftlich evaluiert werden. Hierbei sollten Machbarkeit, Sicherheit und Nutzen aus Patientensicht sowie gesundheitsökonomische Effekte berücksichtigt werden (s. insb. ENPHE 2017).

6. Welche Ausbildungsdauer für die Berufe in der Physiotherapie ist Ihrer Meinung nach für eine qualifizierte Patientenversorgung sinnvoll? Wie sollten die Anteile der praktischen und

theoretischen Ausbildung zukünftig gewichtet und ausgestaltet sein? Bitte differenzieren Sie nach Hochschule und Berufsfachschule sowie nach den einzelnen Berufen.

Die Antwort ergibt sich aus der Befürwortung einer hochschulischen Ausbildung in der Physiotherapie mit Bachelorabschluss (Vollakademisierung) in Vollzeit. Basierend auf der aktuellen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV, Anlage 1) ist davon auszugehen, dass das Studium ähnlich wie die bisher übliche berufliche Ausbildung neben den theoretischen Anteilen am Lernort Hochschule Praktika im Umfang von ca. 1.600 Stunden umfassen muss, zzgl. eines für ein Hochschulstudium üblichen Selbststudiumsanteils im Umfang von wenigstens 30 % des gesamten studentischen Arbeitsaufwands. Um dies zu realisieren, sind vermutlich mehr als sechs Semester Regelstudienzeit erforderlich.

Das ENPHE empfiehlt einen studentischen Arbeitsaufwand von 180 bis 240 Leistungspunkten nach dem European Credit Transfer System (ECTS, 1 Leistungspunkt = 30 studentische Arbeitsstunden) (ENPHE 2012). Dies entspricht einem Gesamtumfang der Bachelorprogramme von 5.400 bis 7.200 studentischen Arbeitsstunden bzw. einer Studiendauer von mindestens 6 bis 8 Semestern. Recherchen in einer europäischen Datenbank für Studienprogramme in der Physiotherapie (<https://www.educations.com/search/bachelors-degree-physiotherapy-europe/a62-c4567-d58>) haben in Kongruenz dazu eine Spannweite von 6 bis 8 Semestern Regelstudienzeit für bestehende Bachelorprogramme ergeben, bei einer mittleren Tendenz zu 7 Semestern.

Aus Sicht des EbM-Netzwerks sollten Bachelorprogramme in der Physiotherapie mindestens sieben, bei Qualifikation für die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten eher acht Semester umfassen. Aufbauend auf den Bachelorprogrammen sind Masterstudiengänge und Möglichkeiten der Promotion erforderlich (siehe dazu auch unsere Ausführungen zu Frage 4). Das ENPHE empfiehlt für Masterprogramme in der Physiotherapie Arbeitsumfänge von 90 bis 120 Leistungspunkten (bei einem Gesamtumfang von 300 Leistungspunkten für konsekutive Bachelor-Master-Programme), was einer Regelstudienzeit von drei bis vier Semestern entspricht (ENPHE 2012).

Letztlich ergibt sich die Verteilung der Leistungspunkte auf die Bachelor- und die Masterprogramme (und damit die Dauer der Studiengänge) unmittelbar aus den Qualifikationszielen, insbesondere der Zuordnung der Qualifikation für komplexe heilkundliche Aufgaben zur Bachelor- oder zur Masterebene. Diese differenzierte Zuordnung sollte im weiteren Prozess der Novellierung des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie gestützt auf internationalen Forschungsergebnissen und im Dialog mit der Fachöffentlichkeit vorgenommen werden. Hierbei sind auch bestehende Erfahrungen und Ergebnisse aus bereits bestehenden Studiengängen in der Pflege und der Hebammenkunde, die ebenfalls zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Aufgaben qualifizieren (und überwiegend 210 bis 240 Leistungspunkte und 8 Semester umfassen), zu berücksichtigen. Ziel sollte die Schaffung deutschlandweit einheitlicher Mindestanforderungen an die Qualifikationsniveaus, Umfänge und Arbeitsaufwände von Studiengängen in den Gesundheitsfachberufen sein, die zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Aufgaben auf unterschiedlichen Komplexitätsniveaus befähigen. Eine akademische Qualifikation auf Bachelorniveau im Umfang von wenigstens 210 Leistungspunkten, vorzugsweise 240 Leistungspunkten, gilt hierbei aus Sicht des EbM-Netzwerks als Mindestvoraussetzung für die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Aufgaben.

- 7. Welche derzeit für die Physiotherapie erforderlichen Weiterbildungen für die sogenannten Zertifikatspositionen (z.B. Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage) lassen sich Ihrer Ansicht nach zukünftig wie in die Ausbildung integrieren? Welche Folgen hätte dies für den Inhalt, die Dauer sowie das Niveau (Berufsfachschule oder höher) der Ausbildung?**

Mit der regelhaften Implementierung grundständiger, berufsqualifizierender Studiengänge der Physiotherapie wird das aktuelle Weiterbildungs-/Zertifikatssystem in der Physiotherapie obsolet. In einem grundständigen Studium der Physiotherapie (Bachelorabschluss) sollten auf wissenschaftlicher Basis alle für die breite Versorgung zentralen Kompetenzen vermittelt werden. Diese sollten die Befähigung zur indikationsgerechten, sachgemäßen und kritisch reflektierten Anwendung häufig indizierter physiotherapeutischer Interventionen auf der Basis evidenzbasierter Empfehlungen und aktueller Heilmittel-Richtlinie einschließen.

Daraus ergeben sich neue Maßstäbe für die berufliche Fort- und Weiterbildung. Spezialisierungen, beispielsweise für die physiotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sehr komplexem Therapiebedarf sollten vorrangig auf Masterebene (Advanced Physiotherapy) erfolgen. Hierfür können internationale Empfehlungen zu den Qualifikationsniveaus in der Physiotherapie Orientierung bieten (ENPHE 2012, ENPHE 2017). Eine berufsbegleitende, regelmäßige Fortbildung zwecks Aktualisierung und Erweiterung physiotherapeutischer Kompetenzen sollte, analog der ärztlichen Berufspflicht, auch für die Physiotherapie gelten. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung von Behandlungsqualität und Versorgung der Patientinnen und Patienten und Klientinnen und Klienten. Die angebotenen Weiterbildungen sind an den Zielen der evidenzbasierten Physiotherapie und dem Code of Conduct des Berufes auszurichten (ENPHE 2017). In der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens sollten unter federführender Verantwortung physiotherapeutischer Berufsverbände Strukturen für eine Registrierung der Fort- und Weiterbildungsangebote und verpflichtende Qualitätskriterien für die Fortbildungen etabliert werden.

8. Wie kann Ihrer Meinung nach eine praxisorientierte Ausbildung bei einer Akademisierung der Ausbildung der Physiotherapie weiterhin gewährleistet werden? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.

Das EbM-Netzwerk sieht keine Einschränkungen für die Realisierung notwendiger Praxisanteile im Rahmen hochschulischen Physiotherapie-Ausbildung. Hierfür kann auf Erfahrungen aus bereits bestehenden Physiotherapie-Studiengängen sowie auf die Regelungen für die hochschulische Ausbildung verwiesen werden.

Der praxisorientierte Teil des Studiums der Physiotherapie hat ebenso wie der theoretische Teil in der Gesamtverantwortung der Hochschulen zu liegen. Dies wird auch in den Anforderungen des Akkreditierungsrats für Studiengänge mit besonderem Profilanpruch formuliert und umfasst u.a. spezifische Anforderungen an Lehrende und Anleitende (KMK 2017; Akkreditierungsrat 2010).

Orte der praktischen Ausbildung im Studium der Physiotherapie sollten neben Krankenhäusern auch ambulante Praxen sowie ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sein. Zur Gewährleistung eines deutschlandweit gleichen Mindestniveaus der Qualität der praktischen Ausbildung sollten berufsgesetzlich Mindestanforderungen an (1) den Umfang strukturierter Praxisanleitung durch die Praxiseinrichtungen (z. B. 20% der Praxiseinsatzzeit pro Praktikum) und von Praxisbegleitung durch die Hochschule, (2) die Inhalte der Kooperationsverträge zwischen Praxiseinrichtungen und Hochschulen sowie (3) die Weiterbildung und die regelmäßige Fortbildung der Praxisanleitenden definiert werden. Die Hochschulen sollten verpflichtend dazu angehalten werden, in Abstimmung mit den Praxiseinrichtungen die Ziele, Lehr- und Lernmethoden für die einzelnen Praxiseinsätze zu definieren sowie die Qualität der praktischen Ausbildung zu überwachen. Um die Durchführbarkeit der praktischen Ausbildung zu sichern, ist die Refinanzierung der Aufwände der Praxiseinrichtungen für die Praxisanleitung gesetzlich zu regeln.

Als Lernort für den Erwerb physiotherapeutischer Handlungskompetenzen sollten auch Übungen in Skillslabs oder unter ähnlichen simulierten Bedingungen (z. B. mit Simulationspatientinnen und -patienten) Bestandteil der Curricula sein. Diese Lehrformate und -methoden bieten die Möglichkeit, unter standardisierten Bedingungen neue Handlungsabläufe einzuüben, zu wiederholen und zu variieren. Ebenso können sie für die wissenschaftlich begleitete Integration neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in das physiotherapeutische Handeln zunächst unter Laborbedingungen genutzt werden und den Theorie-Praxis-Transfer fördern.

9. Wie bewerten Sie die Möglichkeit der Ausgestaltung einer akademischen Ausbildung der Physiotherapie als „dualer Studiengang“?

Das EbM-Netzwerk befürwortet eine Vollakademisierung. Damit entfällt aus unserer Sicht die Möglichkeit der Ausgestaltung eines akademischen Ausbildungsangebots in der Physiotherapie mittels ausbildungsintegrierender oder ausbildungsbegleitender dualer Studiengangsmodelle.

Prinzipiell sollten die Wahl und die Gestaltung des Studiengangsmodells der Freiheit der Hochschulen im Rahmen bestehender hochschulgesetzlicher Bestimmungen überlassen werden. Unabhängig vom gewählten Modell ist sicherzustellen, dass die Gesamtverantwortung für die theoretische und die praktische Ausbildung bei der Hochschule liegt. Das Gesetz sollte eine Pflicht zur wissenschaftlichen Evaluation der errichteten Studiengänge enthalten, sodass aus einem etwaigen Nebeneinander und Wettbewerb der Modelle gelernt werden kann.

10. Wie viele primärqualifizierende Studiengänge müssten pro Land im Fall einer Vollakademisierung neu eingerichtet werden bzw. wie hoch müsste die Studienkapazität pro Land sein?

Das Statistische Bundesamt weist für das Schuljahr 2018/2019 knapp 4.600 Absolventinnen und Absolventen der Physiotherapie-Ausbildung aus (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2021a). Bei einer dreijährigen Ausbildung und einer angenommenen Erfolgsquote von 85% entspricht dies ca. 16.000 aktuell vorgehaltenen schulischen Ausbildungsplätzen in der Physiotherapie. Parallel oder ergänzend waren im Wintersemester 2019/2020 knapp 12.000 Personen in einen Studiengang für einen nichtärztlichen Heil- oder Therapieberuf immatrikuliert (darunter Physiotherapie) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2021b). Von der Annahme ausgehend, dass ca. 75% (9.000) dieser Studierenden auf Studiengänge der Physiotherapie entfallen und diese Studierenden nicht parallel eine schulische Physiotherapie-Ausbildung absolvieren, ergeben sich hieraus aktuell ca. insgesamt 25.000 besetzte Ausbildungs- oder Studienplätze für eine physiotherapeutische Ausbildung (schulisch oder hochschulisch) in Deutschland.

Übertragen auf eine Vollakademisierung der Physiotherapie-Ausbildung mit einem 3,5jährigen Studium, entspricht dies ca. 7.200 Studienplätzen, die deutschlandweit bereitzuhalten und jährlich neu zu besetzen wären. Abzüglich der ca. bereits bestehenden 2.500 Studienplätze p. a. (ermittelt basierend auf den angenommenen aktuell 9.000 besetzten Plätzen) in Verbindung mit einer Physiotherapieausbildung (primärqualifizierend oder dual ausbildungsintegrierend oder ausbildungsbegleitend) wären somit rund 4.700 weitere Studienplätze zu schaffen. Bei einer angenommenen Jahrgangsgroße von 60 Studierenden pro Studiengang, entspräche dies knapp 80 neu einzurichtenden Studiengängen, zzgl. der Erweiterung und Transformation der über 40 bereits bestehenden Bachelorstudiengänge im Berufsfeld Physiotherapie (PHYSIO-Deutschland 2020). Hierbei ist zu beachten, dass diese Berechnung einen etwaigen künftigen Mehrbedarf an Physiotherapeutin-

nen und Physiotherapeuten infolge des demografischen Wandels und von Aufgabenverschiebungen in der Gesundheitsversorgung (z. B. im Zuge der Ermöglichung eines Direktzugangs zur physiotherapeutischen Behandlung, s. unsere Antworten auf Fragen 15 ff.) noch nicht berücksichtigt, also eher eine konservative Schätzung darstellt.

Mittels eines sukzessiven Transformationsprozesses können erforderliche Studienkapazitäten für eine flächendeckende hochschulische Ausbildung in der Physiotherapie unseres Erachtens erreicht werden. Aktuell sind fast 20 primärqualifizierende Studiengänge vorhanden. Diese Studiengänge könnten ggf. in ihren Kapazitätzzahlen ausgebaut werden. Andere bereits existierende Studiengangmodelle könnten ggf. umstrukturiert werden und somit eine weitere Basis für den Ausbau von Kapazitäten sein.

Als wichtig erscheint es uns, dass das bundesweite Angebot ein wohnortnahes Studium ermöglicht und Praxispartner in breiter Fläche einbindet, um Zugangsbarrieren zu reduzieren und geografische Gefälle in der Umsetzung einer evidenzbasierten Praxis zu vermeiden. Entsprechend werden Hochschulausbaupläne und Förderprogramme von Bund und Ländern benötigt, um den Auf- und Ausbau der Studiengänge durchführen und finanzieren zu können.

11. Halten Sie eine Angleichung der Physiotherapeutenausbildung an die europäische hochschulische Ausbildung (Bachelor-Niveau EQR/DQR 6) und eine Angleichung der Tätigkeiten für sinnvoll? (bitte begründen)

Ja, diese ist sinnvoll und notwendig. Siehe dazu unsere Antwort zu Frage 1

12. In welchen Tätigkeitsbereichen werden Ihrer Einschätzung nach im Fall einer Akademisierung der Ausbildung der Physiotherapie die Absolventinnen / Absolventen überwiegend tätig werden? Wie bewerten Sie die Auswirkungen einer Akademisierung auf die Versorgungsqualität und Vergütungsstruktur? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.

In allen Bereichen der physiotherapeutischen Versorgung bedarf es akademisch ausgebildeter Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die zu einer qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten Gesundheitsversorgung beitragen (siehe dazu auch unsere Ausführungen unter Frage 1). Hier ist die Physiotherapie genauso einzuordnen wie der ärztliche Beruf und ebenso die Berufe Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie und Pflege, die primär in der praktischen Gesundheitsversorgung tätig sind und dort evidenzbasierte Entscheidungen über die Anwendung oder Nichtanwendung präventiver, therapeutischer oder pflegerischer Maßnahmen zu treffen haben, ergänzt um Aufgaben in der Qualitätsentwicklung und Forschung.

Absolventinnen und Absolventen einer hochschulischen Ausbildung in der Physiotherapie auf Bachelor-Niveau EQR/DQR 6 sind i. d. R. in der patientennahen Versorgung tätig. Ihnen obliegen alle Aufgaben, die für die Gewährleistung einer evidenzbasierten physiotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Prävention und Therapie von Erkrankungen und Gesundheitsstörungen erforderlich sind, davon ausgenommen die Verantwortung für hochspezialisierte, sehr komplexe Versorgungssituationen.

Nach internationaler Definition sind Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ...

„... autonomous health professionals who are responsible for developing, maintaining or restoring

motor function and movement throughout the lifespan using evidence-based practice. They relieve pain and treat or prevent physical conditions associated with injury, disease or other impairments. Physiotherapists empower patients and their carers to manage the condition outside clinical settings. They work within their scope of practice and their professional Code of Conduct“ (ENPHE 2017: 2).

Auf der Basis dieses Berufsverständnisses lassen sich die Aufgaben der Physiotherapie folgenden Feldern zuordnen:

- Physiotherapeutische Expertise: Assessment und physiotherapeutische Diagnostik, Auswahl, Durchführung und Evaluation physiotherapeutischer Interventionen
- Kommunikation: u.a. mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, anderen Berufsgruppen
- Zusammenarbeit: intra- und interprofessionell, fachliche Öffentlichkeitsarbeit
- Management: Mitwirkung in Qualitätsentwicklung und -sicherung, Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien und anderen Standards
- Interessenvertretung für den Beruf
- Wissenschaftlich, kritisch reflektierte Praxis: Aufrechterhaltung der eigenen Kompetenz entsprechend dem aktuellen Stand der Forschung, Umsetzung einer evidenzbasierten und auch ethisch reflektierten Praxis, lebenslanges Lernen (ENPHE 2017).

Für eine differenzierte Bewertung einzelner Tätigkeiten als Teil der evidenzbasierten physiotherapeutischen Praxis sei auch auf unsere Antworten auf die Fragen 1, 3 und 5 verwiesen.

Da die hochschulische Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bereits weitgehend internationaler Standard ist, liegen keine geeigneten Studien vor, die direkte Rückschlüsse auf die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität erlauben. Eine solche direkte empirische Evidenz wird sich für die gesamte Breite des beruflichen Aufgabenfeldes auch nicht herstellen lassen. Die international bereits weit fortgeschrittene und fachlich geforderte Transformation zu einer ausschließlich akademischen Berufsausbildung reflektiert die steigenden Anforderungen an das verantwortungsvolle Handeln in diesem Beruf und entspricht den europa- und deutschlandweit geltenden Normen für die Unterscheidung von Qualifikationsniveaus in Kongruenz zum Verantwortungsspektrum und zur Komplexität des beruflichen Aufgabenfeldes (siehe DQR bzw. EQR). Für den Wechsel in eine vollakademisierte Ausbildung in der Physiotherapie in Deutschland empfehlen wir, dass diese Transformation verpflichtend studiengangübergreifend wissenschaftlich begleitet wird und insbesondere die Auswirkungen auf die ausgeübten beruflichen Tätigkeiten, die Qualität der Versorgung (z. B. für definierte Indikationsgebiete) und die berufliche Entwicklung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten untersucht werden. Auch gesundheitsökonomische Implikationen und ggf. erforderliche Anpassungen an die Vergütungsstruktur sind in dieser Evaluation zu berücksichtigen.

13. Wie sollte aus Ihrer Sicht im Fall einer Vollakademisierung der Ausbildung der Physiotherapie der Bestandsschutz für Absolventinnen und Absolventen fachschulischer Ausbildungen ausgestaltet sein? (Voller Bestandsschutz, voller Zugang zu ggf. nach neuem Recht zu regelnden vorbehaltenen Tätigkeiten?) Welche Ausgestaltungsalternativen sind Ihrer Meinung nach denkbar? (bitte begründen)

Für die bisherigen Kompetenzbereiche hat Bestandsschutz zu gelten. Neue bzw. erweiterte Kompetenzbereiche sind hochschulisch ausgebildeten Personen vorzubehalten. Hierfür sind für Absolventen und Absolventinnen einer fachschulischen Ausbildung praktikable Möglichkeiten einer hochschulischen Nachqualifizierung zu etablieren.

14. Welche Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche halten Sie zukünftig für Masseurinnen/Masseure und medizinische Bademeisterinnen/medizinischen Bademeister für sinnvoll? (bitte begründen)

Auf diese Frage wird aus genannten Gründen (s. Vorwort) in dieser Stellungnahme nicht eingegangen.

15. Welche Position vertreten Sie zum Thema Direktzugang zur Physiotherapie? Welche Vorteile sehen Sie in einem Direktzugang? Welche Nachteile sehen Sie in einem Direktzugang? (bitte begründen)

Das EbM-Netzwerk begrüßt eine selbstständige Ausübung der Heilkunde durch Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, da dies nach dem Stand der Forschung für bestimmte Patientengruppen bzw. in bestimmten Versorgungssituationen ein sicheres und effektives Modell für eine bedarfsgerechte Versorgung darstellt.

Der direkte Zugang zur physiotherapeutischen Behandlung ist international bereits mehrfach untersucht worden, auch in randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs). Diese Studien beziehen sich nahezu ausschließlich auf den Direktzugang für Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Gesundheitsproblemen (z. B. Rückenschmerzen). Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit über 26 Studien, darunter 4 RCTs und 8 Vorher-Nachher-Vergleichsstudien, zeigt, dass sich die klinischen Ergebnisse der Behandlung muskuloskelettaler Probleme bei einem Direktzugang zur Physiotherapie nicht von dem hausärztlich gesteuerten Zugang unterscheiden, hier untersucht im Hinblick auf Schmerzen, funktionelle Beeinträchtigungen und Lebensqualität (Babatunde et al. 2020). Weiterhin wurden keine Unterschiede in der Häufigkeit adverser Ereignisse oder übersehener „red flags“-Diagnosen festgestellt. Zugleich weisen die Ergebnisse mehrerer Studien mehrheitlich darauf hin, dass Häufigkeit und Dauer von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sowie die Kosten durch in Anspruch genommene Gesundheitsversorgungsleistungen unter den Bedingungen des Direktzugangs geringer sind als bei dem Zugang über die hausärztliche Verordnung (ebd.). Weitere systematische Übersichtsarbeiten (Demont et al. 2021, Hon et al. 2021, Piscitelli et al. 2018) und ein jüngeres RCT (Gagnon et al. 2021) bestätigen diese Ergebnisse.

Eine ökonomische Modellierungsstudie aus der Perspektive des britischen National Health System (NHS) kommt zu dem Ergebnis, dass eine breite Etablierung des Direktzugangs zur physiotherapeutischen Behandlung bei muskuloskelettalen Gesundheitsproblemen zu einem Anstieg der Anzahl an Patientinnen und Patienten mit physiotherapeutischer Behandlung um über 60% führen würde, dies jedoch einhergehend mit zusätzlichem patientenrelevantem Nutzen (gemessen in qualitätsadjustierten Lebensjahren, QALY) und einem Kosteneffektivitätsverhältnis von knapp 5.000 £ pro 1 QALY (Yang et al. 2021). Nach den Ergebnissen dieser Studie resultiert dieses aus NHS-Sicht akzeptable Kosteneffektivitätsverhältnis hauptsächlich aus dem Nutzen der Physiotherapie, weniger aus eingesparter hausärztlicher Arbeitszeit. Aufgrund des ermittelten Anstiegs an physiotherapeutischen Patientenkontakten konstatieren die Autorinnen und Autoren allerdings einen erheblichen Mehrbedarf an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung eines Direktzugangs sind ebenfalls bereits in mehreren Studien (vornehmlich qualitativen Studien) untersucht wurden. Demnach wird dieses Versorgungsmodell von den Patientinnen und Patienten akzeptiert (Igwe-Chidobe et al. 2021, Morris et al. 2021), wenngleich es Hinweise auf Zugangsbarrieren aufgrund unzureichender Kenntnisse über die Möglichkeiten des Direktzugangs und die Rollen und Kompetenzen der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Goodwin et al. 2020) sowie einen sozioökonomischen

Gradienten in der Nutzung von Direktzugangsangeboten (Lankhorst et al. 2020) gibt. Es finden sich Hinweise, dass dieses Versorgungsangebot außerhalb von Studien aufgrund geringer Bekanntheit deutlich seltener genutzt wird (Bishop et al. 2021). Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung wird daher eine transparente und einfach zugängliche Darstellung der Möglichkeiten des Direktzugangs und der hierfür geltenden Indikationen sowie der Aufgaben und Kompetenzen der zuständigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten beschrieben (Igwesi-Chidobe et al. 2021). Erforderlich sind weiterhin klar definierte Kommunikationswege zwischen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Patientinnen und Patienten sowie an der Versorgung beteiligter Ärztinnen und Ärzten sowie eine ausreichende physiotherapeutische Personalkapazität (ebd.).

Auch wenn die hier zusammengefassten wissenschaftlichen Erkenntnisse vornehmlich aus dem angloamerikanischen Raum stammen, demonstrieren sie mehrheitlich, dass der Direktzugang zur physiotherapeutischen Behandlung für Personen mit muskuloskelettalen Gesundheitsproblemen unter den Bedingungen verschiedener Gesundheitssysteme praktisch realisierbar und sicher für die Patientinnen und Patienten ist sowie auf Patienten- wie auf Versorgungssystemebene zu günstigen bzw. gleichwertigen Ergebnissen im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung führen kann. Das EbM-Netzwerk spricht sich daher dafür aus, auch in Deutschland den Direktzugang zur physiotherapeutischen Behandlung für Personen mit klar zu definierenden muskuloskelettalen Erkrankungen und Problemen zu etablieren. Entsprechende Modellvorhaben sollten wissenschaftlich mittels geeigneter robuster Studiendesigns hinsichtlich der Machbarkeit und der Auswirkungen auf die patientenrelevanten Versorgungsergebnisse, die Versorgungsprozesse und den Ressourcenverbrauch evaluiert werden. Darüber hinaus ist perspektivisch die Erweiterung des Direktzugangs für weitere Indikationsgebiete, insbesondere auch im Rahmen integrierter Versorgungsangebote für Menschen mit chronischen Erkrankungen, zu erproben.

16. Welche Auswirkungen hätte Ihrer Meinung nach ein Direktzugang zur Physiotherapie auf die Qualität der Patientenversorgung und die Dauer der Behandlungen? Welche möglichen Auswirkungen auf den Haftpflichtschutz sind denkbar? (bitte begründen)

Der aktuelle wissenschaftliche Forschungsstand zu den Auswirkungen des Direktzugangs auf die Qualität der Versorgung ist in unserer Antwort auf Frage 15 zusammengefasst. Eine Beurteilung der Auswirkungen auf den Haftpflichtschutz liegt außerhalb der Expertise des EbM-Netzwerks und kann daher im Rahmen dieser Stellungnahme nicht vorgenommen werden.

17. Welche Entlastungspotenziale für Ärztinnen und Ärzte halten Sie durch einen Direktzugang zur Physiotherapie für möglich? (bitte begründen)

Das primäre Ziel einer (hochschulischen) Ausbildung und eines möglichen Direktzugangs zur Physiotherapie für Patientinnen und Patienten ist eine bedarfsgerechte, effektive Gesundheitsversorgung nach den Maximen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 2 SGB V), weniger die Entlastung einer bestimmten Berufsgruppe. Wie in den Ausführungen zur Frage 15 dargestellt, verweisen bisher vorliegende Studien zu den Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch überwiegend auf eine geringere Inanspruchnahme von Ressourcen der Gesundheitsversorgung infolge des Direktzugangs, z. B. durch eine geringere Verordnungsrate von Medikamenten, eine geringere Anzahl radiologischer Untersuchungen oder seltener Überweisungen zu Fachärztinnen und Fachärzten (Babatunde et al. 2020, Demont et al. 2021, Hon et al. 2021, Piscitelli et al. 2018). Inwieweit diese Effekte mit einer Reduktion des (haus-)ärztlichen Arbeitsanfalls einhergehen, lässt sich den berichteten Daten nicht direkt entnehmen. Ergebnisse einer Langzeitnachverfolgung der Ein-

führung des Direktzugangs für britische Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Problemen in einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie im Kontext des NHS zeigen ein uneinheitliches Bild: Die Anzahl von Hausarztkontakten blieb teilweise stabil, teilweise stieg sie nach Einführung des Direktzugangs, während zugleich die Anzahl von radiologischen Untersuchungen sank und die Häufigkeit von Gesundheitschreibungen stieg (Bishop et al. 2021). Es wurden keine Unterschiede in der mittleren Anzahl physiotherapeutischer Behandlungen pro Patientin/Patient vor und nach Einführung des Direktzugangs sowie im Parallelvergleich zwischen Praxen mit und ohne Direktzugang verzeichnet (ebd.). In der an andere Stelle bereits zitierten gesundheitsökonomischen Modellierung von Yang et al. (2021), ebenfalls im NHS-Kontext, wird davon ausgegangen, dass sich das Kosteneffektivitätspotenzial eher durch günstige Effekte der Physiotherapie als durch Einsparungen auf hausärztlicher Ebene ergibt.

Zusammengefasst legen diese Ergebnisse nahe, dass die Einführung des Direktzugangs für Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Problemen die Chance bietet, die Versorgung bei mindestens gleichbleibender Ergebnisqualität effizienter zu gestalten. Über welche Mechanismen in dem komplexen System der Gesundheitsversorgung sich dieses Potenzial entfaltet, lässt sich nach aktuellem Forschungsstand nicht valide beurteilen und ist vermutlich abhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem und von den begleitenden Maßnahmen zur Förderung der Implementierung. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, den Direktzugang in Deutschland zunächst ebenfalls im Rahmen robuster versorgungswissenschaftlicher Studien einzuführen und zu evaluieren, auch hinsichtlich der Voraussetzungen für die breite Implementierung in die Routineversorgung.

18. Wie beurteilen Sie die finanziellen Auswirkungen eines Direktzugangs zur Physiotherapie auf das Gesundheitssystem? (bitte begründen)

Siehe Antworten auf Fragen 15 und 17. Nach dem aktuellen Forschungsstand, der sich ganz überwiegend auf Studien im angloamerikanischen Raum stützt, ist eine valide Schätzung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen im Kontext des Gesundheitssystems in Deutschland nicht möglich und sollte vielmehr Gegenstand künftiger versorgungswissenschaftlicher Modellvorhaben sein.

19. Könnte Ihrer Meinung nach eine Ausbildung mit Bachelor-Abschluss die Möglichkeit eröffnen, einen Direktzugang zur Physiotherapie zu eröffnen? (bitte begründen)

Auf europäischer Fachebene wird ein abgeschlossenes Bachelorstudium in der Physiotherapie als notwendige und hinreichende Qualifikation für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Gesundheitsproblemen auf der Basis des Direktzugangs erachtet (European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) o.J.):

„Direct access is related to a Physiotherapist’s autonomous practice when the Physiotherapist is a first contact practitioner and can treat patients without a referral from a medical practitioner. The entry-level curriculum prepares the physiotherapy students to see the patients, mostly with muscle skeletal disorders, without a referral as soon as they graduate. In the direct access workplace the new graduate Physiotherapist needs to have access to a supporting mentor.“

Das heißt, damit Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten unmittelbar nach dem Bachelorabschluss im Direktzugang tätig sein können, wird der Zugang zu einer fachlichen Beratung und Begleitung durch eine fachlich erfahrene Kollegin bzw. einen entsprechend erfahrenen Kollegen als erforderlich angesehen.

Laut obengenanntem europäischen Positionspapier sollten Bachelorabsolventinnen und Bachelorabsolventen Physiotherapie, die im Rahmen des Direktzugangs tätig sind, über folgende Kompetenzen verfügen (ENPHE o.J.):

- Fähigkeit zur Berücksichtigung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Fähigkeit zum evidenzbasierten Handeln unter Berücksichtigung von „best practices“ und Leitlinien
- Fähigkeit zur Benennung physiotherapeutischer Diagnosen nach internationaler physiotherapeutischer Terminologie und Klassifikation
- Fähigkeit zum diagnostischen „Reasoning“ und zu reflektierten Praxis
- Aufmerksamkeit und Verständnis für potenzielle akute Gesundheitsgefährdungen
- Fähigkeiten zur angemessenen Entscheidungsfindung, insbesondere hinsichtlich des Bedarfs für eine Überweisung zur ärztlichen Behandlung oder zur Behandlung durch einen anderen Gesundheitsberuf
- Fähigkeit, die eigenen beruflichen Kompetenzen kontinuierlich aktuell zu halten und weiterzuentwickeln

Das EbM-Netzwerk unterstützt die zitierte Position des ENPHE. Die genannten Kompetenzen sind prinzipiell mit den weiter oben genannten Ausbildungszielen eines Bachelorstudiengangs Physiotherapie vereinbar, sofern die Dauer des Studiums und der studentische Arbeitsaufwand auf diese Ziele abgestimmt sind (s. unsere Antwort auf Frage 6). Die Sicherheit und die Effektivität der Tätigkeit dementsprechend qualifizierter Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Direktzugang in Deutschland sollte, wie bereits mehrfach betont, zunächst mit robusten Methoden evaluiert werden.

Darüber hinaus sei an dieser Stelle auf weitere Initiativen zur Entwicklung fachlich konsentierter Kompetenzanforderungen für die physiotherapeutische Tätigkeit im Direktzugang für Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen und Problemen verwiesen (Chance-Larsen et al. 2019).

**20. Wie sollte Ihrer Meinung nach die Finanzierung der Ausbildung sichergestellt werden?
Bitte differenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.**

Ausgehend von der in dieser Stellungnahme empfohlenen Vollakademisierung des Berufs der Physiotherapeutinnen und -therapeuten, hat die Finanzierung der hochschulischen Ausbildung nach den Normen der Hochschulfinanzierung zu erfolgen. Hierbei sind besondere Lehraufwände aufgrund von Übungen in Kleingruppen für das Skills- und Kommunikationstraining und die Praxisbegleitung inkl. Prüfungen der berufspraktischen Handlungskompetenzen zu berücksichtigen. Ebenso sind entweder über die Hochschulhaushalte oder den Haushalt der Gesundheitsversorgung adäquate Ressourcen für die zweckgebundene Refinanzierung von Aufwänden der kooperierenden Praxiseinrichtungen für die Praxisanleitung der Physiotherapie-Studierenden bereitzustellen.

Auf die Finanzierung der Ausbildung in den Berufen Masseurin/Masseur und medizinische Bademeisterin/medizinischer Bademeister wird in dieser Stellungnahme aus genannten Gründen (s. Vorwort) nicht näher eingegangen.

21. Wie sollten Ihrer Ansicht nach die durch eine Abschaffung des Schulgeldes entfallenden Finanzmittel stattdessen aufgebracht werden (fachschulische Ausbildung)?

Da das EbM-Netzwerk für eine Vollakademisierung des Berufs der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten eintritt, wird auf diese ausschließlich die fachschulische Ausbildung betreffende Frage nicht eingegangen.

22. Wie bewerten Sie die Kosten bei der Akademisierung der Physiotherapie im Rahmen des Gesundheitssystems im Verhältnis zum Nutzen? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.

Als Antwort auf diese Frage verweisen wir auf unsere Ausführungen zur Frage 12. Anhand bisher vorliegender Daten ist eine Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bezogen auf den Kontext des deutschen Gesundheitssystems nicht möglich. Maßgeblich für das in dieser Stellungnahme ausgesprochene Plädoyer pro Vollakademisierung des Berufs der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind bestehende Anforderungen an das berufliche Handeln aufgrund sich ändernder Versorgungsbedarfe und -möglichkeiten sowie europäische und nationale Normen für berufliche Qualifikationsniveaus (DQR/EQR). Gesundheitsökonomische Implikationen sind im Rahmen einer notwendigen wissenschaftlichen Evaluation des Transformationsprozesses zu untersuchen.

23. Wie ist Ihre Position zum Thema, eine Ausbildungsvergütung gesetzlich verpflichtend vorzusehen? (bitte begründen)

Mit einer Vollakademisierung entfällt die Notwendigkeit einer Ausbildungsvergütung. Zur Gewährleistung eines gerechten Zugangs zu Studienplätzen in der Physiotherapie sollten entsprechende Studiengänge primär von öffentlich-rechtlichen Hochschulen angeboten werden bzw. nicht gebührenpflichtig sein.

Es wird davon ausgegangen, dass Studierende der Physiotherapie den Studierenden anderer Studiengänge im Anspruch auf Unterstützungsleistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) gleichgestellt sind. Der Bund, die Bundesländer und die Hochschulen sind aufgefordert, sozioökonomische Barrieren im Zugang zum Studium und in der erfolgreichen Bewältigung eines Studiums durch Unterstützungsprogramme zu verringern, um einen gerechten Zugang zur Hochschulausbildung zu sichern. Dies gilt für Studiengänge in der Physiotherapie wie für Hochschulbildung allgemein.

Ein gesetzlich verankerter Anspruch auf ein Studientgelt, wie er gemäß § 34 Hebammengesetz für Studierende in der hochschulischen Hebammenausbildung besteht, wird vom EbM-Netzwerk explizit nicht unterstützt, da dieser Anspruch eine gesellschaftlich und ethisch nicht zu rechtfertigende Ungleichheit in den Studienbedingungen im Vergleich zu anderen Studiengängen schafft.

Ansprechpartnerinnen

Prof. Dr. Katrin Balzer, Universität zu Lübeck, katrin.balzer@uksh.de

Prof. Dr. Cordula Braun, hochschule 21, Buxtehude, braun@hs21.de

Prof. Dr. Andrea Warnke, IU – Internationale Hochschule, Hamburg, andrea.warnke@iu.org

Referenzen:

Albarquoni L, Hoffmann T, Straus S et al. (2018): Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey 2018. *JAMA Network Open*; 1(2):e180281; doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0281.

Akkreditierungsrat (2010): Handreichung der AG „Studiengänge mit besonderem Profilanpruch“. Drs. AR 95/2010. Beschluss des Akkreditierungsrates vom 10.12.2010 http://archiv.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Beschluesse/AR_Handreichung_Profil.pdf [Zugriff am 24.07.2021].

Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E et al. (2020): A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS One*; 15(7):e0235364. doi: 10.1371/journal.pone.0235364.

Bishop A, Chen Y, Protheroe J et al. (2021): Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: the impact on general practice musculoskeletal workload and resource use. The STEMS-2 study. *Physiotherapy*; 111:48-56. doi: 10.1016/j.physio.2020.04.006.

Chance-Larsen K, Backhouse MR et al. (2019): Developing a national musculoskeletal core capabilities framework for first point of contact practitioners. *Rheumatol Adv Pract*; 3(2):rkz036. doi: 10.1093/rap/rkz036.

Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. (2021): The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil*; 43(12):1637-1648. doi: 10.1080/09638288.2019.1674388.

Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNEbM) (Hrsg.) (2017): Kerncurriculum Evidenzbasierte Entscheidungsfindung. <https://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/kerncurriculum.pdf> [Zugriff am 24.07.2021].

Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNEbM) (2019): Stellungnahme des EbM-Netzwerks zum „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG)“ vom 12.04.2019. <https://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/stn-hebrefg-20190412.pdf> [Zugriff am 24.07.2021].

European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) (2012): The Enphe: European Qualification Framework for Life Long Learning in Physiotherapy. Final Report. Oktober 2012. http://www.enphe.org/wp-content/uploads/2019/10/Final-Report-EQ-FG_DEF_16012013.pdf [Zugriff am 24.07.2021].

European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) (2017): Professional Competencies. Physiotherapists, Advanced Physiotherapists and Physiotherapist Assistants. ESCO Professional definitions + ENPHE recommendations. <https://www.enphe.org/resources-for-educators/> [Zugriff am 24.07.2021].

European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) (o. J.): Definitions and competencies for Direct Access. <https://www.enphe.org/resources-for-educators/> [25.07.2021].

Gagnon R, Perreault K, Berthelot S et al. (2021). Direct-access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: Results of a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*; 22. doi: 10.1111/acem.14237.

Goodwin R, Moffatt F, Hendrick P et al. (2020): First point of contact physiotherapy; a qualitative study. *Physiotherapy*; 108:29-36. doi: 10.1016/j.physio.2020.02.003.

Stellungnahme vom 30.07.2021

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021a): Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung von Schulen des Gesundheitswesens. Gliederungsmerkmale: Schuljahre, Region, Geschlecht, Berufe des Gesundheitswesens. www.gbe-bund.de [Zugriff am 24.07.2021].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021b): Studenten in ausgewählten Studiengängen des Gesundheitswesens. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, Fachsemestergruppe, Studienfach/Studienbereich. www.gbe-bund.de [Zugriff am 24.07.2021].

Hon S, Ritter R, Allen DD (2021): Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*; 101(1):pzaa201. doi: 10.1093/ptj/pzaa201.

Igwesi-Chidobe CN, Bishop A, Humphreys K et al. (2021): Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*; 111:31-39. doi: 10.1016/j.physio.2020.07.002.

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen & Robert Bosch Stiftung (2019): Berufsübergreifend denken – interprofessionell handeln. Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen lehre an medizinischen Fakultäten. Mainz. https://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/Berufs%C3%BCbergreifend%20Denken%20Interprofessionell%20Handeln.pdf [Zugriff am 24.07.2021].

KMK – Kultusministerkonferenz (2017): Musterrechtsverordnung gemäß Artikel 4 Absätze 1 – 5 Studienakkreditierungsstaatsvertrag. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.12.2017. <https://www.akkreditierungsrat.de/sites/default/files/downloads/2019/Musterrechtsverordnung.pdf> [Zugriff am 24.07.2021].

Lankhorst NE, Barten JA, Meerhof R et al. (2020): Characteristics of patients with knee and ankle symptoms accessing physiotherapy: self-referral vs general practitioner's referral. *Physiotherapy*; 108:112-119. doi: 10.1016/j.physio.2017.03.008.

Morris L, Moule P, Pearson J et al. (2021): Patient acceptability of the physiotherapy first contact practitioner role in primary care: A realist informed qualitative study. *Musculoskeletal Care*; 19(1):38-51. doi: 10.1002/msc.1505.

MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (Hrsg.) (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf [Zugriff am 24.07.2021].

PHYSIO-Deutschland, IFK, VPT, VLL, HVG (2019): Kompetenzkatalog Hochschule: MPhG: Ausbildungsziel Physiotherapie (DQR 6). Stand Juli 2019. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/news/pdfs/Anlage_1_PT_Kompetenzkatalog_Hochschule_PT_Stand_05_07_2019.pdf [Zugriff am 24.07.2021].

PHYSIO-Deutschland (2020): Hochschulumfrage 2020. <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/studium.html> [Zugriff am 24.07.2021].

Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R et al. (2018): Direct access in physical therapy: a systematic review. *Clin Ter*; 169(5):e249-e260. doi: 10.7417/CT.2018.2087.

Wissenschaftsrat (WR) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12, Berlin 13.07.2012. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Zugriff am 24.07.2021].

Wissenschaftsrat (WR) (2018): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte: Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium

2020. Drs. 7271-18, Köln 21.09.2018. https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff am 24.07.2021].

Yang M, Bishop A, Sussex J et al. (2021): Economic evaluation of patient direct access to NHS physiotherapy services. *Physiotherapy*; 111:40-47. doi: 10.1016/j.physio.2020.12.005.

Das **EbM-Netzwerk** setzt sich dafür ein, dass alle Bürgerinnen und Bürger eine gesundheitliche Versorgung erhalten, die auf bester wissenschaftlicher Erkenntnis und informierter Entscheidung beruht. In ihm haben sich Wissenschaftler/innen aus medizinischen, pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten, praktizierende Ärzte/Ärztinnen und sowie Vertreter/innen anderer Gesundheitsberufe zusammengeschlossen.

(www.ebm-netzwerk.de)